

بررسی ابعاد حسابرسی اخلاقی در پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه

نویسندگان:

سمیه محمدی^۱، فریبا برهانی^۲، مصطفی روشن زاده^{۳*}

۱- گروه پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران

۲- مرکز اخلاق و حقوق پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران، تهران، ایران

۳- گروه پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران

Journal of Education and Ethics in Nursing, Volume 4, Number 4, Winter 2015

چکیده:

مقدمه: امروزه پرستاران خصوصاً در بخش‌های مراقبت ویژه با چالش‌های اخلاقی متفاوتی روبرو می‌شوند. اگر این شرایط حل نشود، منجر به پیامدهای جدی برای پرستاران، بیماران و سیستم‌های بهداشتی خواهد شد. در روند این چالش‌ها پدیده حسابرسی اخلاقی می‌تواند نقش مرکزی را در ثبات ارزشهای شخصی پرستاران ایفا نماید. لذا این پژوهش با هدف بررسی پدیده حسابرسی اخلاقی در پرستاران صورت گرفته است.

روش کار: مطالعه حاضر پژوهش، مقطعی-تحلیلی است که بروی ۲۱۱ نفر از پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه در استان خراسان جنوبی در سال ۱۳۹۴ صوت گرفت. پرستاران به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. داده‌ها توسط پرسشنامه پژوهشگر ساخته ۳۶ سوالی با روایی ۰/۸۲ و پایایی ۰/۸۵ جمع‌آوری و توسط نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ و آزمون‌های آماری توصیفی (میانگین، انحراف معیار، فراوانی...) و تحلیلی (تی تست، آنالیز واریانس و ضریب همبستگی پیرسون) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان می‌دهد که میانگین نمره حسابرسی اخلاقی در پرستاران $3/27 \pm 0/5$ بوده است. بین میانگین حسابرسی اخلاقی با سن و تعداد سال‌های خدمت رابطه مثبت و معنی‌داری بدست آمد ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: نتایج حاکی از آن است که افراد با تجربه تر در محیط کاری با موفقیت بیشتری مراحل حسابرسی اخلاقی را سپری کرده و شاید بتوانند نقش حمایتی نسبت به سایر افراد تیم درمانی خصوصاً افراد کم تجربه داشته باشند.

واژگان کلیدی: حسابرسی اخلاقی، چالش اخلاقی، بخش‌های مراقبت ویژه، پرستاران

J Educ Ethics Nurs 2015;4(4):43-50

مقدمه:

یکی از چالش‌های مهم در سیستم مراقبتی که پرستاران با آن مواجه هستند، تنیدگی اخلاقی است. تنیدگی اخلاقی شرایطی است که پرستار آگاه به شرایط اخلاقی مجبور است به دلیل محدودیت ذهنی و یا واقعی موجود به عملکردی مغایر با درستکاری اخلاقی دست بزند [۳-۵]. در حقیقت آنچه یک پرستار را به سمت تنیدگی سوق می‌دهد، تفاوتی است که بین ارزش‌های اخلاقی درونی‌اش با ارزش‌ها و اصول حرفه و سازمانی‌اش متصور می‌شود [۷ و ۶]. شرایط تضاد موجود می‌تواند زمینه ساز تأثیرات متفاوتی باشد که هر کدام به طور جداگانه خود پرستاران، بیماران و سیستم‌های بهداشتی را متاثر خواهد ساخت [۸، ۹، ۱۰].

سیستم مراقبت بهداشتی به واسطه‌ی ویژگی‌های ذاتی موجود در آن محیط پر چالشی محسوب می‌شود. صرف نظر از علل این چالش‌ها، افرادی که در این سیستم‌ها مشغول به خدمت هستند، می‌توانند به درجات متفاوتی تحت تأثیر این چالش‌ها قرار بگیرند [۱]. پرستاران نیز به عنوان عضوی از سیستم مراقبتی و بهداشتی به دلیل ماهیت انسانی در مواجهه‌ی مداوم با چالش‌های متعددی از جمله چالش‌های اخلاقی هستند [۲]. چالش عموماً به شرایطی اطلاق می‌شود که علی‌رغم آگاهی و شناخت آن از نظر عملکردی به صورت مبهم باقی مانده و اثرات متفاوتی را به جای می‌گذارد [۳].

نویسنده مسئول، نشانی: استان خراسان جنوبی، بیرجند، خیابان غفاری، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند

پست الکترونیک: Mroshanzadeh62@gmail.com

تلفن تماس: ۰۹۳۹۶۹۵۲۵۲۲

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۲/۱

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۱/۲۳

مراقبت ارائه شده را تحت تاثیر قرار داده، سازمان‌ها را نیز متاثر می‌سازد [۱۹].

مطالعات گذشته حاکی از اهمیت حسابرسی اخلاقی در پرستاران است [۱۱، ۱۲]. حسابرسی پدیده‌ای است که نقش مهمی در تصمیم‌گیری درست اخلاقی در شرایط چالش‌زای اخلاقی بر عهده دارد [۲۰]. پرستاران در مواجهه با شرایط زجرآور اخلاقی اقدام به حسابرسی اخلاقی می‌کنند. اگر آن‌ها در شرایط دیسترس‌زا عملکرد درستی داشته باشند، سبب می‌شود که به خوبی توسط خودشان مورد قضاوت قرار گرفته و از تصمیم اخلاقی که اتخاذ کرده‌اند پشیمان نشوند [۲۱]. همچنین حسابرسی اخلاقی نقش مهمی در تصمیم‌گیری و عملکرد درست فرد در آینده دارد [۲۲]. تصمیم‌گیری و عملکرد درست اخلاقی همچنین می‌تواند تاثیرات مثبتی را بر روی مراقبت ارائه شده داشته باشد [۲۳].

به طور کل می‌توان گفت، وقتی پرستاران توان تصمیم‌گیری و عملکرد درست را به دنبال حسابرسی مناسب از خود بدست آورند در مواجهه با شرایط دیسترس‌زا خواهند توانست تصمیمات درستی را اتخاذ کرده و ارزش‌های درونی‌شان را حفظ کنند [۱۲]. حفظ این ارزش‌ها می‌تواند ضمن حفظ هویت اخلاقی پرستاران، بیماران را نیز از مراقبت با کیفیت برخوردار کرده و دستیابی به هدف ارتقای سلامتی را برای آن‌ها امکان‌پذیر سازد [۲۴]. در این میان سازمان‌ها نیز از بسیاری از عواقب همانند نارضایتی و ترک حرفه و همچنین عدم رضایت بیماران از سیستم بهداشتی حفظ کند. با توجه به اهمیتی این پدیده می‌تواند در شرایط چالش اخلاقی همانند دیسترس اخلاقی داشته باشد و همچنین چون این پدیده کمتر در ایران مورد بررسی قرار گرفته است. لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی این پدیده و ابعاد آن در پرستاران مورد بررسی قرار گرفته است.

روش کار:

مطالعه حاضر یک مطالعه مقطعی - تحلیلی است که در دی ماه سال ۱۳۹۴ در استان خراسان جنوبی صورت گرفته است. واحدهای مورد پژوهش شامل ۲۴۰ نفر از پرستار بیمارستان‌های آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی بودند که به روش نمونه-گیری غیر تصادفی در دسترس و از بخش‌های مراقبت ویژه (ICU, CCU, NICU و دیالیز) در کل استان صورت گرفت. داشتن حداقل مدرک لیسانس پرستاری، کارکنان تمام وقت، سابقه‌ی یک سال کار در بخش‌های مراقبت ویژه و اشتغال فعلی در بخش مراقبت ویژه به‌عنوان معیارهای ورود به مطالعه انتخاب شدند. ابزار جمع‌آوری کننده اطلاعات شامل یک پرسشنامه‌ی دو قسمتی

یکی از شرایط شایعی که به دنبال تنیدگی در پرستاران به وجود می‌آید، حسابرسی اخلاقی است. حسابرسی به‌عنوان محاسبه کردن، تصمیم‌گیری و قضاوت کردن در زمینه‌ی مشکل و شرایط زمینه ساز چالش اخلاقی است [۱۱]. هنگامی که پرستاران با شرایط زمینه ساز چالش اخلاقی روبرو می‌شوند دست به انتخاب اخلاقی می‌زنند [۱۲]. در اینجا یک مفهوم مرکزی به چشم می‌خورد که پرستاران در طی یک فرآیند سه مرحله‌ای به صورت بحرانی و عاطفی نسبت به تصمیمی که گرفته‌اند و این تصمیم منجر به عملکرد اخلاقی در آن شرایط شده است، بازخورد انجام می‌دهند که این بازخورد می‌تواند روی انگیزش، انتخاب‌ها و عملکردشان در مراقبت از بیمار تاثیر بگذارد [۱۳].

حسابرسی اخلاقی یک فرآیند سه مرحله‌ای است. ابتدا پرستاران در یک حالت آسودگی و راحتی به سر می‌برند که در این مرحله ارزش‌های درونی و بیرونی موجود در محیط حرفه‌ای و کاری‌شان منطبق و سازگار است [۱۱]. به طور ناگهانی یک شرایط که ممکن است ملموس نیز نباشد، اتفاق افتاده که در آن ارزش‌های درونی پرستاران با ارزش‌های موجود در محیط حرفه‌ای و کاری‌شان در تضاد قرار گرفته، پیوستگی بین ارزش‌ها از بین رفته در این مرحله فرد دیسترس اخلاقی را تجربه کرده و فرد مجبور به تصمیم‌گیری می‌شود. در این مرحله یا فرد در جهت ثبات حرکت کرده و یا تسلیم شرایط می‌شود [۱۴]. سپس پرستاران به سمت مرحله تامل و تفکر حرکت می‌کنند [۱۱]. در این مرحله فرد با یادآوری و بازگویی حوادثی که تجربه کرده آن‌ها را مورد قضاوت قرار داده و در حقیقت خود را مورد حسابرسی قرار می‌دهد [۱۲]. حسابرسی اخلاقی می‌تواند نتایج و تاثیرات متفاوتی را در پرستار به عنوان مراقبت کننده و همچنین بیماران و سیستم‌های بهداشتی داشته باشد [۱۲، ۱۱]. پرستارانی که در هنگام حسابرسی عملکردشان را در شرایط اخلاقی به درستی قضاوت کنند، انگیزه آن‌ها جهت عملکرد درست اخلاقی افزایش می‌یابد

[۱۵، ۱۶]. این خود می‌تواند موجب ارائه‌ی مراقبت صحیح و با کیفیت به بیمار گردد. همچنین پرستار این شرایط را به عنوان پایه‌ای برای موقعیت‌های آینده قرار داده و از موقعیت‌های مشابه در آینده خودداری می‌کند [۱۱]. پرستارانی که در حسابرسی اخلاقی از عملکردشان، نتوانند بر تضاد بین ارزش‌های فردی و سازمانی‌شان فایق آیند، از نظر روانی و عاطفی دچار مشکلاتی می‌شوند [۱۷]. یادآوری حوادث و شرایطی که عملکرد درست اخلاقی را به دنبال نداشته است، باعث ناراحتی و افسردگی پرستاران می‌شود. بسیاری از این پرستاران محیط کار خود را ترک کرده و یا دچار تضاد با سازمان و دیگر اعضای تیم مراقبتی می‌شوند [۱۸]. آن‌ها خود را سرزنش کرده و خود و همچنین سازمان را در این نتایج موثر می‌دانند. به هر حال این شرایط کیفیت

است. بخش اول شامل اطلاعات دموگرافیک است که ویژگی-های سن، جنس، نوع بخش محل خدمت، سنوات خدمت و نوع استخدام را مورد بررسی قرار می‌دهد. بخش دوم شامل پرسشنامه‌ی پژوهشگر ساخته‌ای است که با هدف بررسی حسابرسی اخلاقی در پرستاران طراحی شده است. در طراحی این پرسشنامه از پرسشنامه استاندارد دیسترس اخلاقی کورلی [۲۵]، حساسیت اخلاقی هان [۲۶] و همچنین مرور متون مربوطه استفاده شد [۱۱، ۱۲، ۱۳، ۲۷، ۲۸]. این پرسشنامه شامل ۳۶ سوال در سه حیطه‌ی آسودگی اخلاقی (۱۵ سوال)، گسیختگی اخلاقی (۹ سوال) و بازخورد (۱۲ سوال) است. گزینه‌های این پرسشنامه مطابق معیار لیکرت پنج قسمتی از هرگز (۱) تا همیشه (۵)، مشخص شده است.

این پرسشنامه پس از تدوین مورد روایی و پایایی قرار گرفته است. پرسشنامه‌ی حاضر توسط ۱۰ نفر از اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند مورد روایی قرار گرفته و شاخص روایی محتوا (CVI) به صورت ۰/۸۲ گزارش شد. همچنین جهت اطمینان از روایی این پرسشنامه از روش روایی ملاکی نیز استفاده شده و میزان همبستگی آن با ابزار بومی سازی شده دیسترس اخلاقی [۲۹] نیز سنجیده شده است. ضریب همبستگی بین این دو پرسشنامه ($r=0/4$) محاسبه شد. پایایی آن نیز با استفاده از ضریب همبستگی درونی (آلفای کرونباخ) و با توجه به حجم نمونه‌ی ۳۰ نفری از پرستاران ۸۵ درصد محاسبه گردید. پرسشنامه پس از کسب مجوزهای قانونی و با رعایت موازین اخلاقی در اختیار واحدهای مورد پژوهش قرار گرفت. ابتدا به واحدهای پژوهش در رابطه با پرسشنامه و نحوه پاسخگویی به آن اطلاعاتی داده شد. ضمناً به آن‌ها خاطر نشان شد که شرکت در مطالعه اختیاری بوده و آن‌ها برای شرکت و یا کناره‌گیری از مطالعه آزادی کامل دارند. همچنین ضمن تاکید بر رازداری، به واحدهای مورد پژوهش گفته شد که اطلاعات آنها فقط برای استفاده در مطالعه بوده و در اختیار افراد دیگر قرار نخواهد گرفت. سپس در صورت تمایل و اخذ رضایت کتبی از پرستاران پرسشنامه‌ها توسط پژوهشگر بین پرستاران توزیع شده و پس از یک هفته و با مراجعه به بخش‌های مربوطه جمع‌آوری گردید. از کل ۲۴۰ پرسشنامه‌ی توزیع شده، ۲۲۱ پرسشنامه توسط پرستاران تکمیل و جمع‌آوری شد (۹۲/۰۸ درصد). از پرسشنامه‌های جمع‌آوری شده نیز ۱۰ پرسشنامه به دلیل ناقص بودن اطلاعات از مطالعه حذف شده و در نهایت ۲۱۱ پرسشنامه توسط نرم

افزار SPSS نسخه ۱۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته و با توجه به اهداف مطالعه از تست‌های آماری توصیفی و تحلیلی استفاده شد. در این زمینه برای بررسی ویژگی‌های دموگرافیک از میانگین، فراوانی، درصد فراوانی و انحراف معیار استفاده شده و برای بیان سطح حسابرسی اخلاقی در پرستاران نیز از میانگین و انحراف معیار استفاده گردید. ارتباط بین متغیرهای دموگرافیک و حسابرسی اخلاقی نیز با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و آنالیز واریانس محاسبه گردید.

یافته‌ها:

در مطالعه‌ی حاضر ۲۱۱ نفر از پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه بیمارستان‌های آموزشی استان خراسان جنوبی شرکت داشتند. واحدهای مورد پژوهش در دامنه‌ی سنی ۴۴-۲۵ سال قرار داشته و میانگین سنی آن‌ها $32 \pm 4/45$ سال گزارش شد. از نظر جنسیت ۸۷ درصد از واحدهای پژوهش زن و ۱۳ درصد مرد بودند. حداقل و حداکثر تعداد سال‌های خدمت پرستاران به ترتیب ۲ و ۲۵ سال بوده که میانگین آن $14 \pm 3/1$ سال گزارش شد. از نظر نوع بخش محل خدمت پرستاران به پنج بخش NICU, CCU, ICU, انکولوژی و دیالیز تقسیم شدند. از نظر نوع استخدام نیز پرستاران در سه حیطه رسمی، قراردادی و طرحی جای گرفتند. میانگین کل حسابرسی اخلاقی پرستاران از کل نمره‌ی (۵-۱) $3/27 \pm 0/5$ ، گزارش شد. میانگین حسابرسی اخلاقی در ابعاد مختلف در جدول ۱ بیان شده است.

بررسی سوالات این پرسشنامه حاکی از آن است که بیشترین میانگین مربوط به سوال (به دنبال آموختن راههای جدیدی هستم که بتوانم خطاهای اخلاقی که در گذشته داشته‌ام را اصلاح و جبران کنم)، با میانگین و انحراف معیار $(4 \pm 0/66)$ و کمترین میانگین مربوط به سوال (اگر نتوانم در برابر ارزش‌های سازمانی و حرفه‌ای‌ام مقاومت کنم ترجیح می‌دهم شرایط مشکل اخلاقی را رها کرده و نسبت به آن بی‌تفاوت باشم) با میانگین و انحراف $(2/77 \pm 0/68)$ بوده است (جدول ۲).

بین میانگین حسابرسی اخلاقی و متغیر سن و تعداد سال‌های خدمت رابطه‌ای مثبت و معنی‌دار داشته است ($P < 0/05$) (جدول ۳). بین نوع بخش محل خدمت، جنس و نوع استخدام با میانگین حسابرسی اخلاقی رابطه معنی‌داری وجود نداشته است ($P < 0/05$) (جدول ۴).

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار حسابرسی اخلاقی بر حسب ابعاد مختلف

ردیف	ابعاد حسابرسی اخلاقی	میانگین و انحراف معیار
۱	آسودگی اخلاقی	$2/71 \pm 0/53$
۲	گسیختگی اخلاقی	$3/11 \pm 0/77$
۳	بازخورد	$4 \pm 0/8$
۴	کل	$3/27 \pm 0/5$

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار حسابرسی اخلاقی پرستاران به تفکیک سوالات پرسشنامه

ردیف	عبارات	حسابرسی اخلاقی (M±SD)
۱	جهت تسکین درد و رنج و حمایت از بیمار مسئولیت پذیر و متعهدم.	$3/11 \pm 0/67$
۲	هنگامی که باورهای اخلاقی‌ام تحت چالش قرار گیرد دچار دیسترس اخلاقی می‌شوم.	$3/66 \pm 0/9$
۳	از ارائه مراقبت به بیمار متناسب با ارزشهای فردی، حرفه‌ای و سازمانی‌ام رضایت دارم.	$3/8 \pm 0/5$
۴	تضاد ارزش‌های شخصی و سازمانی‌ام شرایط تصمیم‌گیری اخلاقی را برایم مشکل می‌کند.	$3/3 \pm 1/1$
۵	اجتناب از دادن آب به بیماری که دستور NPO (عدم دریافت مواد غذایی از دهان) دارد و در این حین می‌میرد باعث احساس گناه در من می‌شود.	$3/99 \pm 0/7$
۶	عدم اهمیت پزشکان به تقاضاهای بیماران علیرغم مخالفت من باعث رنج اخلاقی‌ام می‌شود.	$3/9 \pm 0/55$
۷	اگر نتوانم بین ارزشهای ثابت برقرار کنم ارزش‌های فردی‌ام را فدای ارزش‌های سازمانی‌ام نخواهم کرد.	$3/2 \pm 0/14$
۸	اگر نتوانم در سازمان مربوطه به اهداف اخلاقی‌ام دست یابم حرفه‌ام را ترک خواهم کرد.	$2/9 \pm 1/2$
۹	اگر به این نتیجه برسم که هنجارهای سازمانی قویاً از دستورات پزشک حمایت می‌کند و مغایر با ارزش‌های فردی من است چاره‌ای جز استعفا ندارم.	$3/11 \pm 0/69$
۱۰	دستور پزشک را مبنی بر تجویز دوز داروی کشنده برای بیمار را اجرا و سپس استعفا خواهم داد.	$2/92 \pm 0/5$
۱۱	اگر نتوانم در برابر ارزش‌های سازمانی و حرفه‌ای‌ام مقاومت کنم، ترجیح می‌دهم شرایط مشکل اخلاقی را رها کرده و نسبت به آن بی‌تفاوت باشم.	$2/77 \pm 0/68$
۱۲	تصور روشنی از مشکلات اخلاقی که در گذشته برایم اتفاق افتاده است در ذهنم باقی است.	$3/2 \pm 0/91$
۱۳	در مورد مشکلات اخلاقی که در گذشته داشته‌ام سوالات زیادی در ذهنم وجود دارد.	$3/27 \pm 0/9$
۱۴	وقتی خاطرات و داستان‌های مربوط به مشکلات اخلاقی که در گذشته داشته‌ام را مرور می‌کنم دچار حالات عاطفی (گریه، افسردگی...) می‌شوم.	$2/9 \pm 0/8$
۱۵	با وجود این که در ارتکاب مشکل اخلاقی نقشی نداشته‌ام، با مرور خاطرات مربوط به آن احساس گناه می‌کنم.	$3/2 \pm 1$
۱۶	با گذشت مدت زیادی از بروز مشکل اخلاقی هنوز علایم عاطفی آن (گریه، اضطراب، افسردگی) در من وجود دارد.	$3/5 \pm 0/91$
۱۷	جهت پیشگیری از مشکلات اخلاقی در آینده، محدودیت‌ها و قوانین زمینه ساز را شناسایی و بررسی می‌کنم.	$3/7 \pm 0/66$
۱۸	بدنبال آموختن راههای جدیدی هستم که بتوانم خطاهای اخلاقی که در گذشته داشته‌ام را اصلاح و جبران کنم.	$4 \pm 0/44$

جدول ۳: ارتباط ابعاد میانگین حسابرسی اخلاقی پرستاران با سن و تعداد سال‌های خدمت با کمک آزمون پیرسون

متغیر	سن	تعداد سال‌های خدمت
آسودگی اخلاقی	$P=0/02$ $P=0/03$ $r=0/4$ $r=0/4$	
گسیختگی اخلاقی	$P=0/001$ $P=0/01$ $r=0/7$ $r=0/6$	
بازخورد	$P=0/02$ $P=0/02$ $r=0/5$ $r=0/4$	

جدول ۴: میانگین حسابرسی اخلاقی پرستاران بر حسب متغیرهای جنس، نوع بخش و نوع استخدام با کمک آزمون تی تست و آنالیز واریانس

متغیر	درصد حسابرسی اخلاقی (M±SD)	
جنس		
زن	۸۷ (۳/۸۱±۰/۹)	
مرد	۱۳ (۳/۱±۰/۶۶)	
سطح معنی داری	P=۰/۴	
محل خدمت		
ICU	۴۶/۵۲ (۳/۹۱±۰/۶۶)	
CCU	۲۲/۵۴ (۲/۷±۰/۸۶)	
NICU	۱۴/۲۱ (۳/۱۷±۰/۵۶)	
دیالیز	۱۶/۶۳ (۲/۳±۰/۸۵)	
سطح معنی داری	P=۰/۵۳	
وضعیت استخدام		
رسمی	۶۷ (۳/۶۷±۰/۹۸)	
قراردادی	۱۰ (۲±۰/۸)	
طرحی	۲۳ (۳/۱±۰/۸۲)	
سطح معنی داری	P=۰/۲۲	

بحث:

ناتانیل (۲۰۰۴)، بیان می‌نماید که مرحله بازخورد در حسابرسی اخلاقی با نوعی قضاوت همراه است که می‌تواند نتایج مثبت یا منفی را به دنبال داشته باشد. در حقیقت حسابرسی در این مرحله تجلی یافته و به نتیجه می‌رسد [۱۲]. پرنیتسر (۲۰۱۶) نیز بیان می‌نماید که در مرحله بازخورد فرد با علایمی همانند دیسترس اخلاقی روبرو شده و واکنش‌های عاطفی را از خودش بروز می‌دهد. در عوض در مرحله آسودگی فرد به راحتی از کنار موقعیت اخلاقی عبور کرده و در تاملی در زمینه عملکرد انجام شده و همچنین عواقب آن نمی‌کند [۱۷]. رید (۲۰۱۴) نیز در این زمینه بیان می‌کند که افرادی که دچار دیسترس اخلاقی شده‌اند در حقیقت در مرحله بازخورد حسابرسی اخلاقی قرار دارند. این افراد اگر عملکرد گذشته خود را قضاوت نکنند، هیچگاه وارد مرحله بازخورد نمی‌شوند [۲۰].

بررسی سوالات پرسشنامه حاضر نیز حاکی از آن است که سوال (به دنبال آموختن راههای جدیدی هستم که بتوانم خطاهای اخلاقی که در گذشته داشته‌ام را اصلاح و جبران کنم)، بیشترین میانگین را در میان سوالات پرسشنامه داشته است. این سوال در حیطه بازخورد قرار دارد و نتیجه مثبت و مفید این مرحله را که به دنبال قضاوت اخلاقی درست صورت گرفته است، را نشان می‌دهد. ناتانیل در مطالعه‌اش بیان می‌کند که پرستارانی که در مرحله بازخورد به قضاوت درست می‌رسند همیشه علایم عاطفی را ندارند. بلکه ممکن است به برداشت درستی از عملکردشان دست یافته و در عملکرد آینده شان آن را به عنوان یک الگوی درست مدنظر قرار دهند [۱۱]. پایین‌ترین میانگین نیز مربوط به سوال (اگر نتوانم در برابر ارزش‌های سازمانی و حرفه‌ای‌ام مقاومت کنم)

نتایج مطالعه حاضر حاکی از آن است که میانگین حسابرسی اخلاقی در پرستاران در حد متوسط بوده است. میانگین حسابرسی اخلاقی به تفکیک ابعاد آن نیز نشان داد که میانگین بعد بازخورد، از بالاترین و بعد آسودگی اخلاقی از پایین‌ترین میزان برخوردار بوده است. در زمینه حسابرسی اخلاقی مطالعه‌ای که به‌طور مستقیم به بررسی کمی این پدیده در پرستاران بپردازد یافت نشد. ولی مرور متون مربوط به اخلاق در پرستاران حاکی از آن است که حسابرسی اخلاقی عاملی مهم در چارچوب اخلاقی افراد و سازمان‌ها به شمار می‌رود [۱۱، ۱۲]. ناتانیل (۲۰۰۶) در مطالعه خود در این زمینه ضمن بیان حیطه‌های مختلف حسابرسی اخلاقی بیان می‌نماید که حسابرسی اخلاقی می‌تواند نقش مهمی در پیشگیری از چالش‌های اخلاقی در محیط‌های درمانی داشته باشد [۱۱]. راشتون (۲۰۱۶) نیز در مطالعه‌اش بیان می‌کند که مواجهه مکرر پرستاران با چالش‌های مختلف اخلاقی در محیط‌های بالینی در گذر زمان باعث نوعی بازخورد در پرستاران شده که سبب می‌شود آن‌ها نسبت به عملکردشان در مواجهه به موقعیت اخلاقی فکر کنند [۳]. پیندا (۲۰۱۵) در مطالعه‌اش به نقش مهم حسابرسی اخلاقی در گسترش اصول اخلاقی در پرستاران پرداخته است. وی بیان می‌کند که اگر افراد در مواجهه با شرایط چالش برانگیز اخلاقی از حساسیت کافی برخوردار باشند به طور حتم عملکردشان را در آینده مورد حسابرسی قرار داده و آن را اصلاح خواهند کرد [۱۰].

در مطالعه حاضر میزان بعد “بازخورد” نسبت به سایر ابعاد حسابرسی اخلاقی که مربوط به مرور وقایع چالش برانگیزی که فرد با آن روبرو بوده است، از میزان بالاتری برخوردار بوده است.

که افراد با تجربه‌تر به دلیل حساسیت بالاترشان بیشتر وارد روند حسابرسی اخلاقی می‌شوند [۱۹]. ناتانیل همچنین بیان می‌کند که تماس مکرر فرد با موقعیت‌های اخلاقی در هنگامی که فرد به مرور زمان متوجه تضاد ارزشی‌اش می‌شود، فرد را از مرحله آسودگی به گسیختگی می‌کشاند. حال در این مرحله فرد بایستی با استفاده از دانش و تجربیاتش به ثبات اخلاقی برسد و یا تسلیم شرایط شده و علایم دیسترس را تجربه کند [۱۱].

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به پرسشنامه پژوهشگر ساخته و روش نمونه‌گیری غیر تصادفی آن اشاره کرد. همچنین پیشنهاد می‌شود که جهت آشکار شدن هر چه بیشتر این پدیده و ابعاد آن مطالعات بیشتری در این زمینه در پرستاران صورت گیرد.

نتیجه‌گیری:

نتایج مطالعه حاضر سطح حسابرسی اخلاقی در پرستاران را در حد متوسط بیان می‌کند. با توجه به نزدیکی این پدیده به دیسترس اخلاقی می‌توان گفت که حسابرسی اخلاقی می‌تواند نقش مهمی در کاهش اثرات و همچنین تکرار خطاهای اخلاقی در موقعیت‌هایی که فرد در شرایط تصمیم‌گیری اخلاقی قرار می‌گیرد داشته باشد. البته بایستی شرایطی فراهم شود که مراحل این پدیده به طور کامل سپری شده و فرد با بازخورد موقعیت‌های گذشته سعی در جبران آن بکند. ارتباط بین این پدیده با سن و تعداد سال‌های خدمت نیز می‌تواند این نکته را مدنظر قرار دهد که افراد با تجربه‌تر در محیط کاری با موفقیت بیشتری حسابرسی اخلاقی را سپری کرده و شاید بتوان گفت که این افراد خواهند توانست نقش حمایتی نسبت به سایر افراد تیم درمانی‌شان خصوصاً افراد کم تجربه داشته باشند.

تشکر و قدردانی:

پژوهش حاضر منتج از یک طرح تحقیقاتی به شماره (۱۳۱۹) و کد اخلاق (۹۴-۶/۲۳) است که در مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران به تصویب رسیده است. از همه پرستاران و افرادی که در اجرای این پژوهش ما را یاری رساندند تشکر و قدردانی می‌شود.

ترجیح می‌دهم شرایط مشکل اخلاقی را رها کرده و نسبت به آن بی‌تفاوت باشم)، بوده است. این سوال به معنای آن است که فرد تضاد بین ارزش‌هایش را درک کرده ولی به دلیل عدم توانایی اجرایی در برابر آن تسلیم شده است. در این مرحله فرد علایم عاطفی مربوط به دیسترس اخلاقی را تجربه خواهد کرد، ولی به عملکرد و الگوی درست اخلاقی نخواهد رسید. ناتانیل همچنین بیان می‌کند که در مرحله گسیختگی فرد به این احساس می‌رسد، ولی قدرت قضاوت و عملکرد وی نقش مهمی در گذر از این مرحله دارد [۱۱، ۱۲]. گاروس و همکاران (۲۰۱۵) در مطالعه‌اش در زمینه دیسترس اخلاقی بیان کرده است که برخی از پرستاران به جای این که در مواجهه با شرایط دیسترس‌زا که توانی برای کنترل آن ندارند نسبت به آن بی‌تفاوت می‌شوند. به عبارتی دیگر در شرایط اخلاقی سعی می‌کنند به صورت یک مطیع در آمده و قضاوتی را انجام ندهند. وی همچنین بیان می‌کند که این شاید در ظاهر درست باشد ولی در باطن این افراد فرسودگی، ناراضی‌ت و ترک حرفه روزی اتفاق خواهد افتاد [۶].

ارتباط بین حسابرسی اخلاقی با سن و تعداد سال‌های خدمت پرستاران معنی‌دار و مثبت بوده است. به عبارت دیگر میانگین حسابرسی اخلاقی در پرستارانی که از سن و تجربه بالاتری برخوردار بودند، بیشتر بوده است. در میان ابعاد مختلف حسابرسی اخلاقی، ارتباط بین سن و سال‌های خدمت با گسیختگی اخلاقی قوی‌تر بوده است. دُزک و همکاران (۲۰۱۶) بیان می‌کند که افزایش سن و تجربه در پرستاران آن‌ها را نسبت به شرایط اخلاقی حساس‌تر می‌کند. به عبارتی دیگر این افراد بیشتر موقعیت‌های اخلاقی را تحلیل کرده و به عبارتی دیگر از حسابرسی بالاتری برخوردارند [۱۴]. برون (۲۰۱۵)، در مطالعه‌اش به بیان دیسترس اخلاقی پرداخته و نقش افراد با تجربه را در شرایط دیسترس‌زا مهم ارزیابی می‌کند. وی بیان می‌کند که این افراد می‌توانند از تجربیاتشان در این شرایط به سود حل موثر چالش اخلاقی بهره ببرند [۳۰]. ناتانیل نیز بیان کرده است که پرستاران با گذر زمان به مرحله بازخورد اخلاقی در پدیده حسابرسی می‌رسند که این شاید تاثیر افزایش تماس و تجربه آن‌ها با مسائل مختلف اخلاقی در طول دوره خدمت‌شان باشد [۱۱]. مورلی (۲۰۱۶)، نیز بیان می‌کند که افراد با تجربه‌تر شاید به دلیل حساسیت اخلاقی بالاتری که دارند، نسبت به شرایط چالش‌های اخلاقی بیشتر واکنش می‌دهند. به عبارت دیگر می‌توان از این گفته این طور نتیجه گرفت

References:

1. Mohammadi S, Roshanzadeh M. Exploring the Perception of intensive care unit nurses of futile care . J Educ Ethics Nurs 2014; 3(2):65-72.[Persian]
2. Borhani F, Mohammadi S, Roshanzadeh M. Moral distress and perception of futile care in intensive care nurses. J Med Ethics Hist Med 2015; 23(8):2. [Persian]

3. Rushton CH. Moral Resilience: A Capacity for Navigating Moral Distress in Critical Care. *AACN Adv Crit Care* 2016; 27(1):111-9.
4. Morley G. Efficacy of the nurse ethicist in reducing moral distress: what can the NHS learn from the USA? Part 2. *Br J Nurs* 2016; 25(3):156-61.
5. Rathert C, May DR, Chung HS. Nurse moral distress: A survey identifying predictors and potential interventions. *Int J Nurs Stud* 2016; 53:39-49.
6. Garros D, Austin W, Carnevale FA. Moral Distress in Pediatric Intensive Care. *JAMA Pediatr* 2015; 169(10):885-6.
7. Paddison CA. Moral distress amongst physician trainees: reflections on the emotional sanitization of medicine. *J Gen Intern Med* 2016; 26.
8. Majani G, Di Tano G, Giardini A, De Maria R, Russo G, Maestri R, et al. Prevalence of job-related distress and satisfaction in a nationwide cardiology setting: The IANUS - itAliaN cardiologists' Undetected distress Study. *J Cardiovasc Med (Hagerstown)*. 2016; 18.
9. Crippen D. Moral distress in medicine: Powerlessness by any other name. *J Crit Care* 2016 ;31(1):271-2.
10. Pineda Y. Moral Distress. *Am J Nurs* 2015; 115(12):17.
11. Nathaniel AK. Moral Reckoning in nursing. *Western J Nurs Res* 2006; 28(4):419-438.
12. Nathaniel AK. A grounded theory of moral reckoning in nursing. *The Grounded Theory Review* 2004; 4(1): 43-58.
13. Redman B, Fry ST. Nurses' ethical conflicts: What is really known about them? *Nurs Ethics* 2000; 7:360-366.
14. Dodek PM, Wong H, Norena M, Ayas N, Reynolds SC, Keenan SP, et al. Moral distress in intensive care unit professionals is associated with profession, age, and years of experience. *J Crit Care* 2016; 31(1):178-82.
15. Borhani F, Abbaszadeh A, Mohamadi E, Ghasemi E, Hoseinabad-Farahani MJ. Moral sensitivity and moral distress in Iranian critical care nurses. *Nurs Ethics* 2015; 28[Persian]
16. Spenceley S, Witcher CS, Hagen B, Hall B, Kardolus-Wilson A. Sources of moral distress for nursing staff providing care to residents with dementia. *Dementia (London)*. 2015; 1
17. Prentice T, Janvier A, Gillam L, Davis PG. Moral distress within neonatal and paediatric intensive care units: a systematic review. *Arch Dis Child* 2016 Jan 22.
18. Larrabee JH, Janney MA, Ostrow CL, Withrow ML, Hobbs GR & Burant C. Predicting registered nurse job satisfaction and intent to leave. *J Nurs Adm* 2003; 33: 271-283.
19. Morley G. Efficacy of the nurse ethicist in reducing moral distress: what can the NHS learn from the USA? *Br J Nurs* 2016; 25(1):36-9.
20. Reid L. Moral Distress and Moral Disorientation in the Context of Social Accountability. *J Grad Med Educ* 2014; 6(3):583-4.
21. Trautmann J. Moral Distress: Recognition, Diagnosis, and Treatment. *J Infus Nurs* 2015; 38(4):285-9.
22. Gleichgerricht E, Tomashitis B, Sinay V. The relationship between alexithymia, empathy and moral judgment in patients with multiple sclerosis. *Eur J Neurol* 2015 ;22(9):1295-303.
23. Mitchell G. Palliative and end-of-life decision-making in dementia care. *Int J Palliat Nurs* 2015; 21(11):536-41.
24. Borhani F, Keshtgar M, Abbaszadeh A. Moral self-concept and moral sensitivity in Iranian nurses. *J Med Ethics Hist Med* 2015; 8:4.[Persian]
25. Corley MC, Elswick RK, Gorman M. Development and evaluation of a moral distress scale. *J Adv Nurs* 2001; 33(2): 250-6.
26. Han SS, Kim J, Kim YS, Ahn S. Validation of a Korean version of the Moral Sensitivity Questionnaire. *Nurs Ethics* 2010; 17(1): 99-105.
27. Edmonson C. Strengthening Moral Courage Among Nurse Leaders. *Online J Issues Nurs* 2015; 20(2):9.
28. Yeom HA, Ahn SH, Kim SJ. Effects of ethics education on moral sensitivity of nursing students. *Nurs Ethics* 2016; 24.
29. Merghati Khoiee E, Hossein Vaziri M, Alizadegan S, et al. Developing the Moral Distress Scale in the Population of Iranian Nurses. *Iran J Psychiatry* 2008; 3(2): 55-58.[Persian]
30. Brown G. Ethical and Moral Distress. *ABNF J* 2015; 26(3):56.

Moral reckoning in critical care units nurses

Mohammadi S¹, Borhani F², Roshanzadeh M^{3*}

Received: 04/11/2016

Accepted: 05/21/2016

1. Dept of Nursing, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran

2. Medical Ethics and Law Research, Shahid-Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3. Dept of Nursing, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran

Journal of Education and Ethics in Nursing, Volume 4, Number 4, Winter 2015

J Educ Ethics Nurs 2015;4(4):43-50

Abstract:

Introduction:

The nurses especially in critical care units facing with different moral challenges in the health system. If this situation is not resolved, will be leading to serious consequences for nurses, patients and health systems. In the process of these challenges the moral reckoning phenomenon can play a central role in the stability of personal values nurses. Thus, this study has been conducted with the aim of determining moral reckoning in the nurses.

Methods and Materials:

Cross sectional-analytical study on 211 intensive care unit nurses of Southern Khorasan hospitals in 2014. Samples were selected by accessible method and was used the 36-item instrument developed by the researcher. The data collected were analyzed by the software Spss16 and analyzed using descriptive (mean, standard deviation, frequency and relative frequency) and analytical methods (t-test, ANOVA and Pearson correlation coefficient).

Results:

The results showed that the mean score of moral reckoning in nurses was (3.27±0.5). There was a significant relationship among the mean score of moral reckoning and age, number of service years (P<0.05).

Conclusion:

The results showed that people with more experience successfully spent moral reckoning levels in the workplace and perhaps they will be able to support role to other people, especially those less experienced in healthcare team.

Keywords: Moral Reckoning, Moral Challenges, Intensive Care Units, Nurses

* Corresponding author, Email:
Mroshanzadeh62@gmail.com